

Édition du 1^{er} janvier 2014

Conditions supplémentaires d'assurance (CSA) Assurance complémentaire des soins pour les prestations ambulatoires PRIMEO

Table des matières

Généralités

1 But

Prestations

- 2 Libre choix du médecin lors d'un traitement ambulatoire
- 3 Hébergement et confort
- 4 Implants
- 5 Formes de diagnostic et de traitement innovantes
- 6 Transports
- 7 Moyens et appareils
- 8 Traitement ambulatoire à l'étranger
- 9 Examens préventifs (check-ups)
- 10 Services de téléassistance

Variantes d'assurance

- 11 Dispositions spéciales pour les formes particulières d'assurance

Divers

- 12 Adaptation des primes
-

Généralités

1 But

- 1.1 L'assurance complémentaire pour les soins PRIMEO octroie des prestations pour les coûts de traitements ambulatoires qui ne sont pas pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.
- 1.2 La présente assurance couvre les prestations requises médicalement et nécessaires.

Prestations

2 Libre choix du médecin lors d'un traitement ambulatoire

- 2.1 L'assurance PRIMEO couvre les coûts résultant du libre choix du médecin lors d'un traitement ambulatoire. L'assureur rembourse alors les coûts supplémentaires générés par le libre choix du médecin lors d'un traitement ou d'un accouchement en ambulatoire.
- 2.2 Les prestations sont exigibles uniquement si l'assureur dispose d'un accord contractuel (convention tarifaire) avec le fournisseur de prestations concerné pour les prestations en question.

- 2.3 L'assureur tient une liste des institutions permettant le libre choix du médecin lors d'un traitement ou d'un accouchement en ambulatoire, et ouvrant donc le droit aux prestations. Cette liste est continuellement mise à jour et peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits (site Internet).

3 Hébergement et confort

- 3.1 L'assureur prend en charge jusqu'à CHF 400.- par traitement, au plus CHF 1200.- par année civile au total, pour le séjour, non indiqué médicalement, dans une clinique ou un hôtel, de la personne assurée dans la nuit précédant et/ou suivant directement un traitement remboursé par l'assurance obligatoire des soins ou par la présente assurance.
- 3.2 Les coûts des prestations fournies à titre de confort lors d'un traitement ambulatoire sont pris en charge par l'assureur selon la convention passée avec le fournisseur de prestations concerné. Ces prestations englobent un encadrement rapproché par le personnel soignant non médical, l'hébergement dans une zone de repos séparée (p. ex. chambre à un ou deux lits), des repas spécifiques ainsi que des prestations de services particulières (p. ex. accès sans fil à Internet, journaux, téléphone).
- 3.3 Les prestations sont exigibles uniquement si l'assureur dispose d'un accord contractuel (convention tarifaire) avec le fournisseur de prestations ou le prestataire concerné pour les prestations en question.
- 3.4 L'assureur tient une liste des fournisseurs de prestations proposant des prestations à titre de confort. Elle est continuellement mise à jour et peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits (site Internet).

4 Implants

L'assureur prend en charge 90% des coûts facturés, à concurrence de CHF 5000.- par année civile, pour les prestations non couvertes par l'assurance obligatoire des soins concernant les implants utilisés lors d'un traitement ambulatoire et remboursés partiellement ou non remboursés par l'assurance obligatoire des soins.



5 Formes de diagnostic et de traitement innovantes

- 5.1 L'assureur prend en charge 90% des coûts facturés, à concurrence de CHF 5000.– par année civile, pour des formes adéquates et innovantes de diagnostic et de traitement en ambulatoire, non remboursées par l'assurance obligatoire des soins.
- 5.2 L'assureur tient une liste de ces formes de diagnostic et de traitement innovantes exigibles ainsi qu'une liste des fournisseurs de prestations qui les proposent. Ces listes sont continuellement mises à jour et peuvent être consultées chez l'assureur ou, sur requête, remises sous forme d'extraits (site Internet).

6 Transports

- 6.1 En tenant compte du chiffre 22 CGA, l'assureur prend en charge au maximum CHF 500.– par année civile pour les frais de transport.
- 6.2 Le droit au remboursement de ces frais n'est valable que pour les transports vers ou depuis un fournisseur de prestations reconnu au titre de l'assurance obligatoire des soins, et dans la mesure où le transport a lieu à l'occasion d'un traitement remboursé par l'assurance obligatoire des soins ou par la présente assurance.

7 Moyens et appareils

L'assureur prend en charge, à concurrence de CHF 5000.– par année civile, les prestations non couvertes intégralement par l'assurance obligatoire des soins pour les moyens et appareils selon la liste des moyens et appareils (LiMA, Annexe 2 de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins) requis, remis sur ordonnance médicale et dépassant la limite mentionnée dans la LiMA.

8 Traitement ambulatoire à l'étranger

- 8.1 En cas de traitement ciblé, reconnu scientifiquement et adéquat en ambulatoire dans un hôpital à l'étranger, l'assureur prend en charge les coûts après avoir établi la garantie de paiement correspondante. L'assureur peut également établir une garantie de paiement pour une partie seulement du traitement souhaité.
- 8.2 La couverture à l'étranger des autres prestations prises en charge selon les présentes CSA (hébergement et confort, implants, formes de diagnostic et de traitement innovantes, transports, moyens et appareils, examens préventifs et services de téléassistance), les conditions et limites respectives sont applicables.

9 Examens préventifs (check-ups)

- 9.1 L'assureur rembourse jusqu'à CHF 1700.– chaque trois ans pour les frais résultant d'examens effectués à titre préventif (check-ups).
- 9.2 Les prestations sont exigibles uniquement si l'assureur dispose d'un accord contractuel (convention tarifaire) avec le fournisseur de prestations concerné pour les prestations en question.

- 9.3 L'assureur tient une liste des institutions auprès desquelles les prestations sont exigibles. Elle est continuellement mise à jour et peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits (site Internet).

10 Services de téléassistance

- 10.1 L'assureur prend en charge les coûts facturés, à concurrence de CHF 300.– par année civile, pour le recours à des services de téléassistance médicale (hotline téléphonique ou service en ligne) fournis par des prestataires reconnus par Helsana.
- 10.2 L'assureur tient une liste des prestataires reconnus en la matière. Elle est continuellement mise à jour et peut être consultée chez l'assureur ou, sur requête, remise sous forme d'extraits (site Internet).
- 10.3 Les coûts sont remboursés sur présentation de la facture téléphonique correspondante ou de celle du service en ligne.

Variantes d'assurance

11 Dispositions spéciales pour les formes particulières d'assurance

Pour les personnes assurées qui ont conclu une autre forme particulière d'assurance pour l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal (p. ex. HMO, autres modèles de médecin de famille ou un modèle d'assurance avec limitation du choix des fournisseurs de prestations), les dispositions limitant la perception de prestations, contenues dans les Conditions générales d'assurance y relatives, sont également applicables à la présente assurance.

Divers

12 Adaptation des primes

- 12.1 Les primes sont déterminées en fonction de l'âge et du sexe de la personne assurée. À cet effet, les personnes assurées sont réparties en groupes d'âge correspondant à leur âge effectif.
- 12.2 Le chiffre 12.2 CGA pour les assurances-maladie complémentaires ne s'applique pas à l'assurance PRIMEO.

